|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\DK YRD\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.128\gazilogojpg.jpg** | **\*\*Form-1a****GAZİ ÜNİVERSİTESİ****TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ****……………………….. MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ** |
|  |
| **STAJ KABUL FORMU** |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **Adı Soyadı** | **:** |  |
| **Fakülte Numarası** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |  |
| **Telefon (Cep / Ev)** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  |
| **YAPACAĞI STAJIN** |  |  |
| **Türü** | **:** |  |
| **Süresi (İş Günü)** | **:** |  |
| **Staj Başlangıç ve Bitiş Tarihi** | **:** |  . / / . - / / . |
| – Gazi Üniversitesi Eğitim Öğretim ve Sınav Yönergesi gereği yapmak zorunda olduğum 40 iş günü endüstri stajımın **…..………….** İş gününü yukarıda belirtilen tarihler arasında işyerinizde/kurumunuzda yapmak istiyorum. |
| * Staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (7) gün önceden ilgili Bölüm Başkanlığı ve Fakülteye bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

 / / . Öğrencinin İmzası |
|  **Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. 5510 sayılı kanunun 87. Maddesi (e) bendi uyarınca ve prim ödemesi kanununda belirlendiği üzere pratik çalışmalar süresince ilgili öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.** |
| (İmza) **Staj Komisyonu Başkanı**  | (Onay) **Bölüm Başkanı** |
|  |  |
| **İŞYERİNİN/KURUMUN** |
| **Adı / Unvanı** | **:** |  |
| **Adresi** | **:** |  |
| **Telefon Numarası** | **:** |  |
| **Fax Numarası** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | **:** |  |
| **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |  |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |  |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde işyerimizde/kurumumuzda staj yapması uygun görülmüştür. İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN |
|  | Adı Soyadı (Ünvanı) Mühür ve İmza |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*\*İşyerinde kalacak

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\DK YRD\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.128\gazilogojpg.jpg** | **\*\*Form-1b****GAZİ ÜNİVERSİTESİ****TEKNOLOJİ FAKÜLTESİ****……………………….. MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ** |
|  |
| **STAJ KABUL FORMU** |
| **ÖĞRENCİNİN** |
| **Adı Soyadı** | **:** |  |
| **Fakülte Numarası** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** | **:** |  |
| **Telefon (Cep/Ev)** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  |
| **YAPACAĞI STAJIN** |  |  |
| **Türü** | **:** |  |
| **Süresi (İş Günü)** | **:** |  |
| **Staj Başlangıç ve Bitiş Tarihi** | **:** | . / / . - / / . |
| – Gazi Üniversitesi Eğitim Öğretim ve Sınav Yönergesi gereği yapmak zorunda olduğum 40 iş günü endüstri stajımın **…..………….** İş gününü yukarıda belirtilen tarihler arasında işyerinizde/kurumunuzda yapmak istiyorum. |
| * Staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere bölüm sekreterliğine bildireceğimi, stajımın başlangıç ve bitiş tarihlerinin değişmesi veya stajdan vazgeçmem halinde en az (7) gün önceden ilgili Bölüm Başkanlığı ve Fakülteye bilgi vereceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

 / / . Öğrencinin İmzası |
|  **Yukarıda kimliği verilen bölümümüz öğrencisinin belirtilen iş günü kadar staj yapması zorunludur. 5510 sayılı kanunun 87. Maddesi (e) bendi uyarınca ve prim ödemesi kanununda belirlendiği üzere pratik çalışmalar süresince ilgili öğrencimizin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası Üniversitemiz tarafından yapılacaktır.** |
| (İmza)Staj Komisyonu Üyesi | (Onay) Staj Komisyonu Başkanı |
|  |  |
| **İŞYERİNİN/KURUMUN** |
| **Adı / Unvanı** | **:** |  |
| **Adresi** | **:** |  |
| **Telefon Numarası** | **:** |  |
| **Faks Numarası** | **:** |  |
| **E-Posta Adresi** | **:** |  |
| **Firma İşyeri Sicil Numarası** | **:** |  |
| **Firmanın Vergi Numarası** | **:** |  |
| **Ticaret / Esnaf Odası Sicil No** | **:** |  |
| **Faaliyet Alanı (Sektör)** | **:** |  |
| Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde işyerimizde/kurumumuzda staj yapması uygun görülmüştür. İŞVEREN veya YETKİLİSİNİN |
|  | Adı Soyadı : (Unvanı) Mühür ve İmza |
|  |
| **UYGUNDUR** |
|  ./ / . |
| **Bölüm Başkanı** |
|  |

\*\*Bölümde Kalacak